

ANNÉE 1938

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Serge BLANGUERNON

Ancien Interne de l'Hôpital Départemental de la Seine

Né le 5 Septembre 1909, à Chaumont (Haute-Marne)

DE LA CONSERVATION DES OVAIRES IN SITU DANS LES HYSTERECTOMIES SUBTOTALES POUR FIBROMES ET ANNEXITES

Technique opératoire et analyse critique
des résultats obtenus dans le service
du Docteur Marcel SÉNÉCHAL de 1919 à 1936

Président de Thèse : M. LENORMANT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

ANNÉE 1938

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Serge BLANGUERNON

Ancien Interne de l'Hôpital Départemental de la Seine

Né le 5 Septembre 1909, à Chaumont (Haute-Marne)

DE LA CONSERVATION DES OVAIRES IN SITU DANS LES HYSTERECTOMIES SUBTOTALES POUR FIBROMES ET ANNEXITES

Téchnique opératoire et analyse critique
des résultats obtenus dans le service
du Docteur Marcel SÉNÉCHAL de 1919 à 1936

Président de Thèse : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

Le Doyen..... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	LOEPER
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNEO
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET
Clinique des maladies infectieuses.....	GREGOIRE
	JENCRMANT.
Clinique chirurgicale.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique ophtalmologique.....	COUVELAIRE.
Clinique urologique	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.....	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
Clinique gynécologique.....	RATHERY.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	LEMATPÉ.
pédie	PIERRE DUVAL.
Clinique thérapeutique médicale.....	Maurice VILLARET.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	BEZANÇON.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	
dulte	
Clinique cardiologique	MATHIEU.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	LAUBRY.
	CROUZON.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale..... ABRAMI
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANCON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Pharmacologie HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX
 Obstétrique LANTUÉJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUTZ ALLIS
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie FICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SENEQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCC.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
PASTEUR-VALLERY- RADOT.		VELTER.	
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale..		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père

EDMOND BLANGUERNON

AGRÉGÉ DE L'UNIVERSITÉ

*Qui le premier m'apprit à aimer
et à comprendre les hommes,
puissé-je être digne de son in-
telligence et de sa bonté.*

A MA MERE

A MA FEMME

A MES FRERES ET SŒURS

AUX MIENS ET A MES AMIS

A Monsieur le Professeur C.-J. LENORMANT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL COCHIN

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Pour le grand honneur qu'il
nous fait en voulant bien
accepter la présidence de
cette Thèse.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX
CLERMOND-FERRAND ET PARIS

(Stage et Externat : 1927-1932)

Internat à l'Hôpital Départemental de la Seine
1932-1937

A NOTRE MAITRE

le Docteur MARCEL SENECHAL

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous inspira le sujet de
cette thèse.*

*En témoignage de notre recon-
naissance.*

*Il nous a inculqué son esprit
pratique, son éclectisme, son
enthousiasme et sa foi chirur-
gicale. Nous ne saurions trop
le remercier de son enseigne-
ment et de sa bienveillante
confiance.*

A NOTRE MAITRE

le Docteur RAYMOND FRANÇAIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui s'il réfreina souvent nos
jeunes ardeurs nous apprit
à observer et nous enseigna
les éléments primordiaux de
la technique chirurgicale.*

*En témoignage de notre respec-
tueuse reconnaissance,*

Au Docteur PIERRE ROUZAUD

CHIRURGIEN-ASSISTANT

DE L'HOPITAL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE

*En témoignage de ma grande
amitié. Puisse-t-il trouver ici
le souvenir des nuits de garde
où il guida si fraternellement
nos débuts chirurgicaux.*

Avec ma reconnaissance.

A TOUS MES CAMARADES
DE LA SALLE DE GARDE
DE L'HOPITAL DEPARTEMENTAL DE LA SEINE

*Nous garderons toujours un
souvenir ému et même un re-
gret des belles années de notre
jeunesse passées parmi eux.*

Pour poser le problème qui nous occupe, nous citerons immédiatement quelques lignes des conclusions déposées par Monsieur le Professeur G. JEAN-NENEY au 3^e. Congrès Français de Gynécologie (Paris, mai 1934) :

« Du traitement conservateur on a tout dit ces
« dernières années. Pour bien faire il faudrait con-
« server ovaires et utérus. Les indications d'une
« pareille chirurgie restent, malgré tout, restreintes
« et l'expérience montre que la chirurgie conserva-
« trice, même conduite avec le plus libre éclectisme,
« réserve des déboires et nécessite parfois des réin-
« terventions tardives. Aussi bien que théoriquement
« et loyalement conservateurs, la plupart des chirur-
« giens se résignent en pratique à des opérations plus
« radicales mais plus sûres. Une chirurgie écono-
« mique qui cherche non à conserver à tout prix des
« organes mais à sauvegarder leurs fonctions (Mériel
« et Daiblat) est beaucoup plus souvent et plus utile-
« ment réalisable. Elle règle sa conduite plus sur la
« constatation objective des lésions que sur une doc-
« trine préconçue ; elle s'efforce alors « le ventre
« ouvert » d'enlever assez pour guérir et de conserver
« assez pour prévenir » (Massabau et Guibal).

« Lorsque la chirurgie économique est irréalisable
« et qu'il serait hasardeux de conserver l'ovaire in-

« situ, la plupart des chirurgiens se retournent vers
« la transplantation ou la greffe ovarienne, espérant
« ainsi à la fois guérir la malade par un acte radical
« et lui éviter les troubles d'une ménopause brutale.
« en vérité, là encore, la réalité n'a pas répondu au
« rêve ; si l'*autogreffe prend vite et quelque temps*,
l'homographe échoue au contraire presque toujours ».

Les derniers Congrès de la Société Française de Gynécologie ont, en effet, cristallisé ce souci nouveau, enfant moderne de ce siècle d'endocrinologie, de ne pas sacrifier aveuglément, dans toute hystérectomie l'ovaire comme quantité négligeable.

A l'adage « *tota mulier in utero* » s'est substitué « *tota mulier in ovario* » (Jayle).

Pour excessive que cette nouvelle formule soit dans ses termes, elle n'en indique pas moins de façon très expressive la fonction primordiale de l'ovaire et c'est pourquoi nous estimons que la castration chirurgicale, terrible mutilation de la femme, ne doit être pratiquée qu'en cas d'absolue nécessité. Nous croyons que beaucoup de chirurgiens, bien que « théoriquement et très loyalement conservateurs » n'hésitent pas assez à prendre « le ventre ouvert » cette décision si grave de conséquences pour toute la vie de leurs opérées.

On s'étonne et on se révolte en pensant que systématiquement de nombreux chirurgiens, et souvent des meilleurs, n'hésitent pas à créer des obèses, des anxieuses, des déséquilibrées du système nerveux et

endocrinien et parfois même des folles, par peur d'un risque infime.

Bien plus, nous pensons qu'il vaut mieux courir une ou deux fois sur cent le risque de réintervention tardive.

Nous allons tenter, dans ce travail, d'abord de classer les raisons de la castration systématique dans les hystérectomies.

Nous discuterons ensuite ces arguments, et nous exposerons la technique opératoire suivie depuis bientôt 20 ans dans le service du Docteur Sénéchal à l'hôpital départemental de Nanterre et sa justification anatomique.

Nous terminerons, en vous présentant les observations (avec protocole opératoire) de malades ayant subi l'hystérectomie avec conservation d'ovaire dans le service de 1919 à 1936, malades que nous avons pu revoir, examiner et interroger récemment.

RAISONS OU PRINCIPES JUSTIFIANT LA CASTRATION SYSTEMATIQUE DANS LES HYSTERECTOMIES

Nous avons cru pouvoir, très schématiquement, classer ses raisons selon trois types :

1° — *Des raisons d'ordre anatomique.*

L'ovaire laissé en place après hystérectomie est insuffisamment vascularisé et innervé et se comporterait rapidement comme un véritable corps étranger; il pourrait même déterminer des accidents de torsion autour de son pédicule vasculo-nerveux ou, le plus souvent, devenir scléro-kystique ou kystique.

2° — *Des raisons théoriques et anachroniques.*

Certains chirurgiens ont prétendu qu'il n'y avait aucun intérêt à conserver des ovaires alors que la menstruation est impossible.

Nous citerons Lecene : « La conservation d'un ovaire après hystérectomie totale ou subtotale est absolument inutile à mon avis. Du moment qu'il n'y a plus de règles après l'opération il est vain de con-

server un ovaire pour une hypothétique sécrétion interne. C'est la menstruation seule qu'il importe de conserver. C'est du moins ce que l'expérience m'a montré. La conservation d'un ovaire sans fragment d'utérus suffisant pour donner des règles n'empêche nullement les troubles de ménopause anticipée, et ne sert donc à rien. Elle a, de plus, l'inconvénient d'exposer la malade à souffrir plus tard de cet ovaire inutile laissé en place. » (Lecene et Leriche « Thérapeutique Chirurgicale » tome III, pages 598-99-600.)

Cet argument qui pouvait se justifier il y a 10 ans encore est pourtant repris, actuellement et paradoxalement, par des jeunes.

Nous avons entendu le Docteur Yves Delagenière du Mans prétendre que les troubles de castration chirurgicale étaient une psychose pure créée et favorisée par les médecins et les chirurgiens eux-mêmes.

3° — *Des raisons systématiques de technique ou d'école.*

Nombreux sont les chirurgiens qui préfèrent au risque de la conservation d'ovaires insitu, la greffe ovarienne à distance.

DISCUSSION DE CES ARGUMENTS

Arguments d'ordre anatomique.

Nous ne saurions mieux faire que de reprendre l'étude très complète exposée au 4^e Congrès Français

de Gynécologie (Salles de Béarn, 8-9 et 10 juin 1935) sur la vascularisation de l'appareil génital de la femme et en particulier de l'ovaire.

Artère ovarienne proprement dite. Cette branche est postérieure par rapport aux feuillets du ligament large (Fredet), se dirige le long du bord adhérent de l'ovaire, donne des branches flexueuses qui se distribuent à la moitié externe de l'ovaire et par sa dernière branche ovarienne s'anastomose avec les branches ovariennes qui sont fournies par l'utérine.

D'après Fredet, il peut exister une arcade sous-ovarienne d'où partent toutes les branches pénétrant l'ovaire, large aux deux bouts, où elle reçoit de l'ovarienne et de l'utérine, mince au milieu ; c'est cette disposition que décrivait C. Rouget : une arcade anastomotique des artères utérine et ovarienne fournit le long du bord inférieur de l'ovaire une série de 10 à 12 branches qui naissent et à la suite les unes des autres du bord supérieur du tronc artériel et presque aussitôt après leur origine, menées à l'entrée du hile, se divisent, se pelotonnent, s'enroulent en tire-bouchon (artères hélicines) et pénètrent dans le noyau médullaire et l'ovaire, où elles sont encore enroulées en spirale.

Charpy a décrit l'artère ovarienne comme donnant une branche tubaire puis allant, après un trajet flexueux, donner de multiples rameaux dans le hile de l'ovaire et se poursuivre jusqu'au corps et au fond de l'utérus où elle donne des branches et où elle se termine en s'anastomosant avec l'utérine.

Souligoux (1894) a considéré d'après ses préparations que l'artère utéro-ovarienne ne mérite pas ce nom, elle est essentiellement ovarienne, rien qu'ovarienne. Elle est caractérisée par son mince volume et le nombre considérable de circuits qu'elle décrit.

Arrivée au ligament large elle se résout en une quantité de petits rameaux, parmi ceux-ci les uns s'anastomosent entre eux puis se rendent à l'ovaire, les autres se réunissent aux branches terminales de l'utérine. L'une des branches de division de l'utérine passe un peu en avant de l'ovaire, auquel elle fournit ses vaisseaux ovariens. L'utérus reçoit donc ses artères seulement de l'utérine tandis que l'ovaire est irrigué à la fois par l'utéro-ovarienne et par l'utérine. La circonférence de l'artère utéro-ovarienne atteint à peu près 4 millimètres.

Kervrann (Thèse de Bordeaux, 1911) a trouvé que le plus souvent l'ovarienne est la seule artère de l'ovaire et donne en plus une branche pour le fond de l'utérus, se distribuant directement au voisinage de la corne, et une branche anastomotique pour l'utérine. Mais de l'arcade fournie par les deux anastomotiques venues de l'ovarienne et l'utérine il n'a pas vu se détacher des rameaux destinés à l'ovaire. En outre, ayant examiné les dispositions vasculaires chez divers animaux (truie, vache, brebis, chienne), il considère que l'ovarienne irrigue toujours soit directement, soit par l'intermédiaire d'une anastomose, la région de la corne utérine. A cause de ce fait, le nom d'artère utéro-ovarienne paraît bien mérité, et cette démon-

tration serait encore plus justifiée si on considère qu'au cours de la grossesse cette artère augmente de volume, ce qui indique qu'elle apporte du sang à l'utérus, car à ce moment-là l'ovaire ne réclame pas un surcroît vasculaire. Dans 14 observations, c'est-à-dire sur 28 ovaires, on voit l'artérialisation de l'ovaire se faire :

11 fois exclusivement de l'ovarienne ;

1 fois exclusivement de l'utérine ;

16 fois à parties égales des deux artères ;

Anastomose de l'utérine et de l'ovarienne. L'union de ces deux importants systèmes artériels a été très diversement interprétée.

D'après Fredet la branche anastomotique semble terminer l'ovarienne, elle ne fournit pas de branches collatérales il semble que l'utérine fait un apport à la branche anastomotique de l'artère utéro-ovarienne, mais que l'inverse n'a pas lieu en temps normal ; mais après la ligature de l'artère utérine un apport sanguin peut aller à l'utérus par la branche anastomotique de l'utéro-ovarienne. Chalot (1884) a signalé cette anastomose à plein canal entre l'ovarienne et l'utérine et il émettait à ce moment-là l'idée de considérer l'artère utéro-ovarienne comme une artère tubo-ovarienne, allant bien à l'ovaire et à la trompe, mais non à l'utérus. Cependant Wertheimer, Charpy attribuent à l'artère ovarienne nommée utéro-ovarienne par Cruveilhier et ensuite par de nombreux auteurs, une distribution à l'utérus

et une liaison anastomotique avec l'utérine, sur le fond même de l'utérus.

Même pendant la gestation, d'après une pièce examinée par Fredet (femme morte 27 heures après l'accouchement), le calibre des artères utéro-ovariennes n'est pas augmenté tandis que celui des utérines est énorme.

Cependant Fredet a représenté une disposition d'après laquelle l'artère utéro-ovarienne fournit effectivement au fond de l'utérus (certaines tumeurs du fond de l'utérus peuvent être nourries par l'artère utéro-ovarienne primitivement ou secondairement par récurrence après ligature de l'artère utérine). Hyrtl, Périer, Destot ont observé des cas où l'ovarienne participe nettement à l'irrigation de l'utérus.

Waldeyer a décrit et figuré l'anastomose qui unit l'utérine à l'ovarienne et la participation de l'utérine à l'irrigation de l'ovaire.

Broeckaert a décrit les branches de l'ovaire comme provenant de l'artère située dans l'espace compris entre l'ovaire et l'utérus, ce qui paraît donner à l'utérine le rôle d'artère nourricière de l'ovaire.

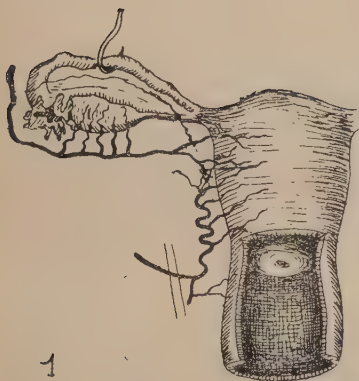
D'après la description de Frappier, l'artère utéro-ovarienne va se jeter dans l'utérine au niveau du pôle supérieur de la matrice. Dans cette portion elle fournit une artériole qui atteint la trompe dans son milieu et se divise ensuite en deux rameaux, l'un extérieur, qui va rejoindre l'artère tubaire externe, l'autre interne, qui fournit à la moitié interne de la trompe et va se jeter dans la tubaire interne, branche de l'utérine ?

Quant à la distribution de l'utéro-ovarienne, à l'ovaire seulement ou bien à l'ovaire et à l'utérus, cela est fonction de l'âge ; chez l'enfant, l'utéro-ovarienne est annexielle, et bien qu'annexielle puisqu'elle ne va même pas s'anastomoser avec l'utérine (au moins chez le fœtus) ; chez l'adulte on voit les deux artères s'anastomoser par inosculation et se continuer directement l'une avec l'autre, de telle sorte qu'il est bien difficile de faire la part de l'une et de l'autre, mais en cas d'atrophie de l'artère utérine (compression, ligature, inflammation), l'utéro-ovarienne la supplée, on ne peut donc lui refuser tout rôle de nutrition vis-à-vis de l'organe au cours de la gestation.

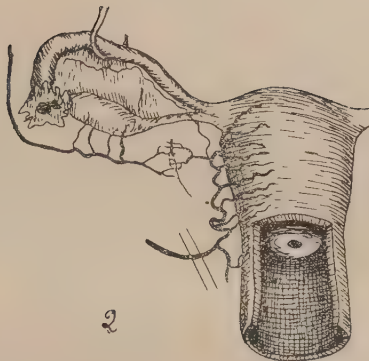
Ricard considère que la trompe n'est irriguée que par l'utérine, dont la branche tubaire irait jusqu'au pavillon après avoir donné des collatérales à toute la trompe. Cependant c'est la disposition anastomotique qui est généralement admise et les auteurs, tels que Henle, Gegenbaur, Poirier, Testut, Nagel, Waldeyer, ne diffèrent que sur le lieu même où à lieu la fusion anastomotique.

De ses observations et de l'opinion des auteurs, Dubreuil-Chambardel a tiré parti pour établir, dans les relations de l'ovarienne et de l'utérine, 5 types vasculaires :

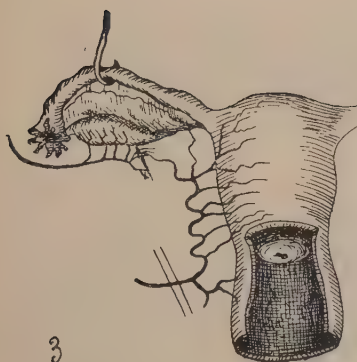
1° — L'ARTÈRE UTÉRINE NE FOURNIT PAS AU FOND DE L'UTÉRUS, QUI EST VASCULARISÉ PAR L'OVARIENNE. LA LIMITE DES DEUX ZONES ARTÉRIELLES EST SOIT A MI-HAUTEUR, SOIT AU FOND DE CET ORGANE ;



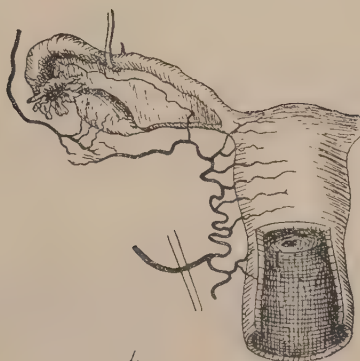
1



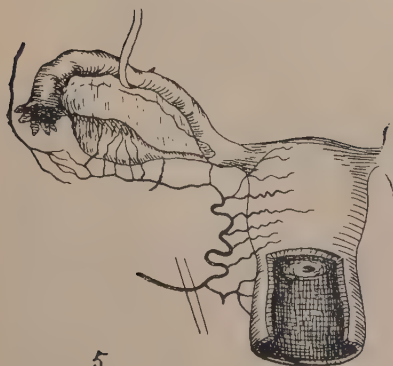
2



3



4



5

L'anatomose utéro ovarienne : 1 le long du corps de l'utérus. 2 entre l'utérus et l'ovaire. 3 au niveau du pôle utérin de l'ovaire. 4 le long de l'ovaire. 5 au niveau du pôle tubaire de l'ovaire (DUBREUIL-CHAMBAR DEL).

Dans le schéma 5, l'artère utérine seule assure la vascularisation de l'ovaire. D'après les auteurs, ce type vasculaire serait exceptionnel.

Dans ce cas, la vascularisation de l'ovaire apparaît précaire après hystérectomie. Encore, en suivant la technique ci-dessous exposée, la conservation en situ équivaldrait à une greffe totale entre les 2 feuillets du ligament large.

(Revue Française de gynécologie et d'obstétrique)

2° — LES DEUX VAISSEAUX S'UNISSENT ENTRE L'UTÉRUS ET L'OVAIRE ;

3° — ILS S'UNISSENT AU NIVEAU DU POLE UTÉRIN DE L'OVAIRE ;

4° — ILS S'UNISSENT LE LONG DE L'OVAIRE ;

5° — ILS S'UNISSENT AU NIVEAU DU POLE TUBAIRE DE L'OVAIRE.

Ezes a vu sur le nouveau-né le canal de jonction entre l'ovarienne et l'utérine présenter un segment qui décroît du bord de l'utérus au niveau du milieu du hile de l'ovaire et qui augmente de ce point jusqu'au tronc de l'ovarienne. C'est donc à ce niveau que la jonction entre les deux troncs doit s'opérer, mais il faut convenir que dans ce terme de jonction il ne faut pas voir l'union de deux vaisseaux primitivement séparés, mais bien un véritable nœud circulatoire.

Il y a aussi des interprétations diverses des dispositions anatomiques que l'on peut observer et qui diffèrent, ce n'est pas douteux, selon qu'il s'agit de la fillette, de la nullipare, de la multipare.

La diversité d'opinions s'explique aussi par le rôle Mullerien que l'on peut faire jouer soit à l'ovarienne soit à l'utérine dans leur répartition topographique sur les divers segments des canaux de Muller.

Les études radiographiques de Pédro Belou, aussi bien que *les nôtres*, montrent avec netteté la large et importante communication du système ovarien avec le système utérin.

Les auteurs qui considèrent que l'anastomose est située sous l'ovaire doivent ajouter aux trois portions

décrites à l'utérine une quatrième portion que Braeckert appelle transversale ou ovarique et que Fredet préfère dénommer tubo-ovarienne ou annexielle.

Farabeuf décrit, venant de l'artère utérine quand elle aborde la corne utérine, des rameaux très longs qui se répandent sur le fond de l'organe en enfourchant l'isthme tubaire. C'est tantôt l'un, tantôt l'autre de ces vaisseaux qui n'anastomose par inosculacion avec l'ovarienne.

Il nous a paru, après s'être recourbée pour se diriger en dehors, se continuer à plein canal avec l'ovarienne et que tous les autres éléments ne sont que des collatérales de l'une ou de l'autre.

Vascularisation Veineuse. Veines ovariennes. Dans la partie supérieure du ligament large des veines utérines, tubaires et ovariennes vont constituer le plexus pampiniforme auquel, en sens ascendant, fait suite la veine ovarienne.

Il y a là, selon Farabœuf, trois veines plexiformes : une exclusivement salpingienne qui reçoit des rameaux correspondant au territoire de l'artère tubaire externe, c'est-à-dire des franges et du pavillon ; une énorme, utérine faiblement grossie des veinules du ligament rond et des veines interne et moyenne de la trompe, correspondant aux branches et aux arcades des artères tubaire moyenne et tubaire interne ; une ovarienne, qui reçoit les veines du hile ovarien et aussi des rameaux venus du fond de l'utérus.

CONNEXIONS NERVEUSES ENTER-VASCULAIRES.

On sait que le système sympathique qui se distribue aux organes en suivant la voie des gaines péri-vasculaires manifeste son action par des effets moteurs, sensitifs, vaso-moteurs. En ce qui concerne l'appareil génital de la femme, la thérapeutique de certaines affections ovariennes et utérines porte sur le sympathique pelvien. Jaboulay avait déjà en 1898 agi sur le sympathique sacré dans des cas de névralgies pelviennes rebelles ; des travaux plus récents ont montré toute l'importance qu'il faut accorder aux effets de la chirurgie sympathique et c'est ainsi que l'on a pratiqué la sympathectomie hypogastrique (Eriché) la section du nerf presacré (Cotte et Dechaume), l'énervation de l'ovaire (Dupont et Lhermite). Il y a lieu de dissocier, dans les effets thérapeutiques de ces actes chirurgicaux, ceux qui modifient l'état de vascularisation sanguine. Les descriptions de Latarjet et Rochet, d'Hovelacque et Robert Legrand, de Cotte et Noel, de Morin, de Delmas et Laux, de F. Jayle et G. Jayle, l'important rapport présenté par ces derniers auteurs au Congrès de Gynécologie de Luxeuil doivent servir de base à toute étude sur l'innervation génitale de la femme. Deux systèmes bien distincts vont à l'appareil génital ; les nerfs destinés à l'ovaire et à la trompe descendent avec les éléments du ligament lombo-ovarien et proviennent de deux racines, l'une qui naît devant l'aorte des nerfs intermésentériques, l'autre qui naît, laté-

ralement à l'aorte, du plexus rénal, ces origines sont constantes d'après Hovelacque et Legrand. Ces nerfs se distribuent *isolément* à l'ovaire et à la trompe, ceux de l'ovaire se perdant au milieu des éléments vasculaires du hile et entrent dans l'organe, ils n'ont ni dans leur origine, ni dans leur trajet rien de commun avec l'innervation sympathique pelvienne ; ceux de la trompe, sous forme de nerf tubaire externe, se rendent à la partie externe de la trompe et certaines fibres arrivent jusqu'au ligament utéro-ovarien et même d'après Hovelacque et Ségond, se poursuivent jusqu'au bord latéral de l'utérus ; mais d'après Laux, la partie interne de la trompe reçoit son innervation des nerfs externes, il y aurait donc là un système mixte sans qu'on puisse décrire des anastomoses nerveuses comme il existe des anastomoses vasculaires.

Il ressort de cette étude que les ligatures opératoires qui sont pratiquées, comme nous l'exposerons dans le chapitre de technique, d'une part, sur le méso-tubo-ovarien et, d'autre part, sur le ligament large entre l'ovaire et l'utérus, ne saurait gêner en rien la vascularisation artério-veineuse ou même l'innervation propre de l'ovaire, celui-ci étant dans la majorité des cas, vascularisé très suffisamment sinon uniquement par l'artère ovarienne proprement dite.

ARGUMENTS THÉORIQUES ET ANACHRONIQUES

La cause est aujourd'hui entendue. Nul n'oserait nier le rôle endocrinien de l'ovaire intrinséquement

d'une part et dans ses rapports avec les autres glandes endocrines d'autre part même en l'absence de menstruation. Même si le psychisme très spécial des castrées chirurgicales amplifie les troubles subjectifs inhérents à cette castration, les troubles objectifs n'en sont pas moins patents.

ARGUMENTS DE TECHNIQUE OU D'ÉCOLE

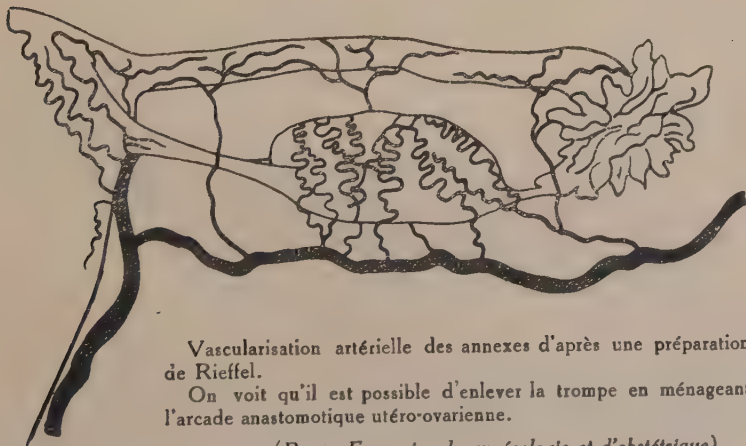
Il faut conclure des études récentes et des statistiques données sur les greffes ovariennes que celles-ci ne peuvent être considérées que comme un pis aller; dans au moins la moitié des cas, le greffon ne vit que de manière très limitée et nous croyons, à juste titre, que la greffe ovarienne ne trouve ses indications que dans les contre-indications formelles de la conservation ovarienne.

TECHNIQUE OPERATOIRE SUIVIE DANS LE SERVICE DU D^r MARCEL SENECHAL

Dès l'ouverture du ventre, on explore, avant tout acte radical, l'état des ovaires. Si la coloration, la consistance et la taille d'un des ovaires attestent sa santé, on en décide la conservation *in situ*. Si les deux sont sains, on les conservera évidemment tous deux.

On passe une ligature sous la trompe, le plus près possible de la corne utérine, on attire la trompe en haut et on ligature le pédicule tubo-ovarien.

On libère alors aux ciseaux la trompe utérine en sectionnant le meso tubo-ovarien le plus près possible de la trompe.



Vascularisation artérielle des annexes d'après une préparation de Rieffel.

On voit qu'il est possible d'enlever la trompe en ménageant l'arcade anastomotique utéro-ovarienne.

(Revue Française de gynécologie et d'obstétrique)

L'un des chefs de la ligature est alors repris et l'on ligature le ligament large avec le ligament rond le long de l'utérus.

On procède ensuite de la même manière de l'autre côté si la conservation du deuxième ovaire est également possible.

Notons cependant que toutes les ligatures celles des utérines en particulier, peut réaliser d'emblée, sans pincement préalable, ce qui semble réduire au minimum le risque d'embolie post-opératoire.

On poursuit ensuite l'hystérectomie selon les procédés classiques.

Lors de la péritonisation du petit bassin, on reprend, avec le feuillet postérieur du ligament large le moignon de la ligature du meso tubo-ovarien. L'ovaire est alors amené, par un mouvement de bascule, entre ces deux feuillets, auxquels il se trouve greffé au moins par un tiers de sa surface.

Cette technique s'oppose à celle que suivent d'autres chirurgiens, également conservateurs, et qui consiste à laisser en entier les annexes et qu'a fort bien précisée le docteur Daniel Ferey, de Saint Malo, dans les *Annales Medico Chirurgicales* de mars 1937 :

« Je dis les *ovaires et les trompes*, car je n'envisagerai ici que leur conservation intégrale, éliminant d'emblée les salpingites dans lesquelles bien souvent l'ovaire est plus ou moins touché.

« Je conserve en entier les annexes saines, parce que l'expérience m'a montré qu'il n'y avait aucun danger à garder la trompe, et, par contre, j'ai pu

« observer que là où l'on ne l'avait pas conservée,
« l'ovaire laissé seul en place était devenu kystique,
« scléro-kystique ou douloureux, ce que je décrirai
« tout à l'heure.

« Enfin, la principale raison qui me fait garder in-
« tactes et en entier les annexes est la valeur anato-
« mique de l'opération. Pour qu'un organe vive, il
« faut lui assurer le maximum de vitalité, une seule
« technique dans le cas qui nous occupe le permet,
« c'est celle qui consiste à *couper le mésosalpinx, la*
« *trompe et le ligament utéro-ovarien au ras de la*
« *corne utérine, je dirais plus, celle qui pose la liga-*
« *türe sur la corne utérine elle-même.*

Technique. — « Après l'ouverture de la paroi
« abdominale, la mise en place de la valve de Doyen
« et Deschamps, j'examine les annexes, et si elles
« sont saines, je procède de la façon suivante :

« Avec une aiguille mousse de Deschamps je passe
« à la fois sous le ligament utéro-ovarien l'extrémité
« tout à fait interne de la trompe et le ligament rond.
« Si ce dernier est trop gros, je passe entre lui et la
« trompe. Je pose ma ligature au catgut, en général
« *le plus près possible* de la corne utérine, et si cela
« est nécessaire, lorsque l'ovaire est très près de l'uté-
« rus, je la pose sur la corne utérine, sur le muscle
« utérin lui-même.

« Je coupe en laissant parfois un petit fragment de
« corne utérine attaché aux annexes, de façon à
« éviter le dérapage de la ligature. J'agis de même si

« les annexes du côté opposé sont saines. Je fais
« l'hystérectomie suivant un des procédés classi-
« ques. »

Le docteur Daniel Ferey justifie cette technique en affirmant qu'elle seule respecte la vascularisation tant artérielle que veineuse et l'innervation sympathique.

D'autre part, il aurait eu plusieurs fois l'occasion de réintervenir sur des ovaires conservés seuls. Or, l'étude anatomique de la vascularisation et de l'innervation ovarienne précédemment passée en revue semble montrer, au contraire, que l'ovaire conservé après salpingectomie est suffisamment vascularisé et innervé.

D'autre part, les observations cliniques que nous allons présenter, les examens objectifs, pièce en main, lors d'interventions iteratives nous permet de poser en principe que l'ovaire conservé seul *in situ* vit, se-crète et ne dégénère pas.

Enfin cette technique a contre elle l'énorme désa-vantage de ne s'appliquer qu'au fibrome. Or c'est spé-cialement dans l'hystérectomie pour salpingite que la conservation trouve ses indications puisque pratiquée le plus souvent sur des femmes jeunes, alors que dans la majorité des cas les femmes opérées pour fibrome sont déjà au déclin sinon de leur vie sexuelle, tout au moins de leur vitalité ovarienne.

OBSERVATIONS DE MALADES OPEREES
DANS LE SERVICE DE 1919 A 1936 ET REVUES
RECEMMENT

Nous avons relevé, dans les livres de protocoles opératoires, plus de 150 cas opérés suivant cette technique.

Toutes ces malades ont été opérées à l'hôpital, et nous n'avons pu, à notre grand regret, qu'en joindre en 1936-1937 qu'une vingtaine.

Nous avons établi leurs observations uniquement en fonction des troubles endocriniens. Ceux-ci peuvent être classés en 3 types :

1° *Troubles dits vaso-moteurs.*

Parmi les signes les plus constants et les plus communément observés, il faut citer, au premier plan, les bouffées de chaleur. Comme l'a exposé, d'une manière très précise, H. Violet, c'est une sensation de rougeur et de chaleur qui monte au visage, la teinte devient violacée, elle s'accompagne en général de palpitations, de difficulté de respirer, de manque d'air, de sensation d'angoisse.

Il faut citer aussi les migraines. Ce sont des douleurs de tête, soit frontales, soit occipitales, soit en casque.

Très fréquentes aussi sont les palpitations.

Enfin, l'hypertension artérielle semble très souvent accompagner la grande insuffisance ovarienne, sans que l'on puisse affirmer, de manière absolue, l'interdépendance des deux faits.

Il faut citer aussi les cas fréquents d'hyperthyroïdie, sans cependant que l'on puisse parler de Maladie de Basedow.

2° Troubles du métabolisme.

Le trouble majeur, c'est l'obésité post-opératoire.

Les troubles de la peau, eczéma, prurit, urticaire, peuvent être imputés à une déficience de la fonction thyroïdienne.

3° Troubles psychiques.

Ce sont, évidemment, les plus difficilement appréciables, puisque entièrement subjectifs.

Les castrées sont très souvent impatientes, nerveuses, irritables. Leur caractère est changeant. L'alternance de joie exubérante et de tristesse est fréquemment notée. Elles pleurent ou rient pour un rien. Enfin, on observe il est vrai rarement de véritables psychoses qui sont d'ailleurs souvent inhérentes à l'état mental pré-opératoire de la malade, mais dont l'exacerbation n'en est pas moins déterminée par la castration.

On ne saurait terminer cette étude rapide de la grande insuffisance ovarienne, sans aborder le chapitre délicat de la sexualité chez les femmes castrées.

S'il est certain que l'instinct sexuel est en rapport direct avec la physiologie de l'ovaire puisque l'on distingue, chez la femme saine, deux périodes très particulières d'hyper-excitabilité : l'une immédiatement avant les règles, l'autre au moment de l'ovulation, c'est-à-dire au milieu de la période inter-ménstruelle, le plaisir sexuel, lui, dépend davantage de l'affectivité de la femme, de son éducation, de son intellectuality, de sa manière de vivre enfin.

Aussi n'est-ce pas d'accessoirement que nous avons noté dans nos observations les modifications de ce complexe si subtil « instinct — plaisir sexuel ».

OBSERVATION N° 1

Mme De... Augusta, 22 ans.

Intervention le 4 septembre 1919, par le docteur Sénéchal.

Hystérectomie subtotale par salpingite bilatérale. Libération des annexes droites adhérentes ainsi que l'utérus à une anse grêle. Conservation de l'ovaire droit.

La malade est revue en avril 1936. Elle n'a plus jamais vu ni écoulement menstruel, ni douleurs abdomino-pelviennes.

On ne constate aucun trouble vaso-moteur, ni bouffées de chaleur, ni palpitations; aucun trouble du métabolisme, aucune modification du caractère. L'instinct et le plaisir sexuels sont intacts.

Objectivement : ni obésité, ni augmentation de volume du corps thyroïde. La tension artérielle au Pachon est de 14-8.

A l'examen gynécologique on trouve un col d'apparence et de consistance normale. Les culs de sac latéraux et le Douglas sont libres et indolores. L'ovaire droit conservé n'est pas perceptible.

OBSERVATION N° 2

Mme Si... Marie, 47 ans.

Intervention le 31 octobre 1932.

Incision transversale sus-pubienne pour salpingite bilatérale. L'ovaire gauche d'apparence saine est laissé en place. Les suites opératoires sont excellentes, la malade quitte rapidement le service et nous la revoyons le 26 avril 1937.

Elle présente un état général déficient. Son aspect général, sa conversation décèlent une nervosité intense, un état psychasthénique presque neurasthénique typique, des grandes insuffisances ovariennes. Elle nous dit que dès deux mois après l'intervention, elle a commencé à ressentir des bouffées de chaleur qui n'ont fait que s'intensifier par la suite, puis des douleurs précordiales avec battements de cœur. Néanmoins, elle n'a plus souffert jamais de son ventre.

L'examen gynécologique ne révèle rien d'anormal, si ce n'est une légère ulcération métritique de la lèvre antérieure du col. L'ovaire gauche n'est pas perceptible au toucher vaginal.

En résumé, résultat nul de la conservation. Il est à noter que la malade était, lors de l'intervention, tout près de l'âge de la ménopause normale.

OBSERVATION N° 3

Mme Ga... Marie, 42 ans.

Intervention : 13 novembre 1926.

Hystérectomie subtotale pour fibrome avec conservation des deux ovaires.

Les suites opératoires sont normales. Elle quitte le service le 27 novembre. Elle n'a jamais plus vu de règles ni souffert de son ventre. Pas de troubles vasomoteurs : bouffées de chaleur, migraines. Son poids était de 66 kilos avant l'intervention, 60 kilos à sa sortie.

Depuis 3 ans seulement, légers troubles de ménopause caractérisés particulièrement par des bouffées de chaleur et des palpitations.

Tension artérielle : 18-10.

A l'examen gynécologique : rien d'anormal.

OBSERVATION N° 4

Mme Bo... Laure, 38 ans.

Intervention le 2 avril 1927, par le docteur Sénéchal.

Hystérectomie subtotale pour fibrome avec conservation des deux ovaires.

La malade entre à nouveau dans le service le 15 décembre 1936 pour troubles colitiques avec constipation.

L'examen sous écran révèle un obstacle au niveau de l'angle colique gauche et l'on réintervient le 31 décembre 1936.

L'interrogatoire de la malade n'a révélé aucun signe d'insuffisance ovarienne, ni troubles vasomoteurs, ni troubles de métabolisme, ni troubles psychiques, mais depuis un an s'est constitué le syndrome adhérentiel qui nous a ramené la malade.

Le 31 décembre on peut constater, lors de l'intervention, l'apparence absolument normale et saine des deux ovaires, dont la taille, la consistance et la coloration attestent la parfaite vitalité.

OBSERVATION N° 5

Mme La..., 34 ans.

Intervention le 10 mai 1927, par le docteur Sénéchal.

Hystérectomie subtotala pour fibrome avec conservation de l'ovaire gauche.

Les suites opératoires furent excellentes et la malade quitte le service le 31 mai 1927. Nous la revoyons, sur notre demande, en 1936.

Elle n'a jamais plus été réglée. N'a plus jamais ressenti de douleurs abdomino-pelviennes. Elle n'accuse aucun trouble d'insuffisance ovarienne. Pas de bouffées de chaleur, de migraines. Aucune modification de la sensibilité.

Depuis l'année 1935 apparaissent de petits troubles de fatigue générale, bouffées de chaleur, palpitations. Tension artérielle : 14-8 au Pachon.

Rien d'anormal à l'examen gynécologique.

OBSERVATION N° 6

Mme Da... Charlotte, 28 ans.

Intervention le 15 juillet 1927.

Hystérectomie subtotala par salpingite bi-latérale avec conservation de l'ovaire droit. Appendicectomie. Elle quitte l'hôpital le 17 juillet 1927.

Dans ses antécédents on note une césarienne en 1924. Chez cette malade on retrouve de nombreux signes d'insuffisance ovarienne.

Elle se plaint particulièrement de bouffées de chaleur, de palpitations, avec douleurs précordiales.

Elle se plaint aussi de douleurs abdominales spécialement accentuées à droite qui ont cessé seulement 2 ans après l'opération. La tension artérielle est à 14-10 et le corps thyroïde n'est pas augmenté.

L'examen gynécologique montre chez cette femme des culs de sac latéraux libres et souples, et l'on perçoit à droite une petite masse de la grosseur d'un œuf de poule qui est vraisemblablement un ovaire kystique.

OBSERVATION N° 7

Mme Du... Marie, 39 ans.

Intervention le 19 mai 1928.

Hystérectomie subtotala pour fibrome. Les ovaires sont atrophiques, cependant on n'hésite pas à conserver l'ovaire droit.

Cette malade ne présente que de légers troubles d'insuffisance ovarienne. Pas de bouffées de chaleur, pas de migraines, mais elle se plaint d'instabilité du caractère et d'insomnie. Son poids a augmenté de 5 kilos.

A l'examen gynécologique on ne trouve rien d'anormal et l'on ne perçoit pas l'ovaire droit dans les culs de sac qui sont, par ailleurs, libres souples et indolores.

OBSERVATION N° 8

Mme Gra... Julia, 42 ans.

Intervention le 22 août 1928.

Hystérectomie subtotala pour fibrome avec conservation des deux ovaires.

Cette malade est revue en Novembre 1936 elle n'accuse aucun trouble de ménopause chirurgicale. Pas de bouf-

fées de chaleur, de migraines et de palpitations. Augmentation de poids de 5 kilos, mais la malade qui avait maigri avant l'intervention est revenue à son poids normal. Pas d'augmentation du corps thyroïde. Tension artérielle 15-9.

Elle ne ressent aucune douleur abdominale. A l'examen gynécologique. Le col est bien centré, de consistance normale et ne présente pas d'ulcérations. Les culs de sac latéraux et le Douglas sont libres et indolores. Sensations génitales très augmentées.

OBSERVATION N° 9

Mme Hob... Blanche, 24 ans.

Intervention le 8 mai 1929.

Hystérectomie subtotale pour salpingite bi-latérale et métrite du col utérin. Conservation des ovaires après ignipuncture bien qu'ils soient légèrement scléreux et kystique.

Cette malade revue en janvier 1937 ne présente aucun trouble d'insuffisance ovarienne. Tension artérielle : 13-8.

Au point de vue sexualité, la malade dit que l'appétit et le plaisir sexuels sont nettement augmentés mais elle avoue très franchement qu'elle était hantée avant l'intervention par une crainte malade de maternité.

A l'examen gynécologique, rien d'anormal. Les ovaires ne sont pas perceptibles.

OBSERVATION N° 10

Mme D... Antoinette, 40 ans.

Intervention le 25 mai 1929, par le Dr. Lemaire Interne du Service.

Hystérectomie subtotale avec conservation de l'ovaire

droit, pour salpingite bi-latérale avec rétroversion fixée.

La malade est revenue, à notre demande, en novembre 1936. Elle nous dit qu'après avoir énormément maigrie avant l'intervention, elle est revenue, quelques mois après, à son poids normal.

Elle n'a plus jamais ressenti de douleurs pelviennes. Elle n'a plus jamais été réglée.

Jusqu'au début d'août 1936, on ne trouve aucun signe d'insuffisance ovarienne, que ce soit d'ordre vaso-moteur (bouffées de chaleur, palpitations etc.), de métabolisme, ou enfin, d'ordre psychique; mais, depuis lors, apparaissent et s'amplifient les signes de ménopause avec maximum nocturne caractérisés par : bouffées de chaleur, migraines et palpitations. La tension artérielle est à 18-12 au Pachon et l'on constate à l'auscultation un certain érétisme cardiaque.

L'examen gynécologique nous décèle un paramètre souple, libre, et indolore. On ne perçoit pas l'ovaire droit.

OBSERVATION N° 11.

Mme Dau..., 35 ans.

Intervention le 8 août 1929, par le Dr. Rouzaud Interne du service.

Hystérectomie pour fibrome par le procédé américain. Conservation de l'ovaire droit.

Les suites opératoires sont normales, mais 3 mois après l'intervention, apparaissent des bouffées de chaleur, des palpitations et un an après le poids de la malade est augmenté de 10 kilos. Par ailleurs la malade n'a plus aucune douleur du côté droit. Aucune douleur abdominales. La tension artérielle est à 19-11. Le corps thyroïde n'est pas sensiblement augmenté de volume.

L'examen gynécologique ne révèle rien d'anormal.

OBSERVATION N° 12

Mme Jour..., 38 ans.

Intervention 15 février 1930, par le Dr. Sénéchal.

Hystérectomie subtotale pour fibrome avec conservation de l'ovaire droit. Appendicectomie.

La malade est revue en Février 1937. Elle n'a plus jamais perdu de sang, ni souffert de son ventre. Pas de troubles vaso-moteurs : pas de bouffées de chaleur, pas de migraines, ni de palpitations. Tension artérielle 15-9.

Troubles du métabolisme : aucune modification de poids jusqu'en 1936. Depuis un an, augmentation de 4 kilos. Le corps thyroïde n'est pas perceptible.

Aucune modification du caractère, pas d'irritabilité. L'instinct et le plaisir sexuels sont normalement conservés; mais depuis un an, à l'âge de 45 ans, apparaissent chez cette opérée quelques petits signes de ménopause : tendance à l'embonpoint, migraines, bouffées de chaleur.

Examen gynécologique : col souple muqueuse saine, les culs de sac sont libres souples et indolores. L'ovaire n'est pas perceptible.

OBSERVATION N° 13

Mme Ba... Graziella, 33 ans.

Intervention le 24 octobre 1931, par le Dr. Sénéchal.

Hystérectomie pour volumineux fibrome utérin et hydrosalpinx gauche. Conservation de l'ovaire droit.

La malade est revue en Décembre 1936. Elle n'a jamais ressenti de troubles de ménopause artificielle : ni bouffées de chaleur, ni palpitations, ni migraines. La tension artérielle est de 13 1/2 - 9. Pas d'obésité, pas d'augmentation du corps thyroïde. Aucune modification

du caractère. Aucune diminution du sens génital et du plaisir sexuel.

Cette malade note deux fois par an, au printemps et à l'automne une petite metrorragie qui dure 4 à 5 jours.

L'examen gynécologique ne révèle rien d'anormal. L'ovaire droit conservé n'est pas perceptible.

OBSERVATION N° 14

Mme Fisc... Catherine, 28 ans.

Intervention 26 janvier 1932 par le Docteur Sénéchal.

1° Appendicectomie.

2° Hystérectomie subtotale par le procédé américain de gauche à droite pour salpingite supurée bi-latérale. La conservation de l'ovaire gauche est réalisée difficilement après clivage de la trompe. Drain dans le Douglas.

Les suites opératoires immédiates furent excellentes et la malade put quitter l'hôpital 15 jours après l'intervention.

Elle revient nous voir en 1937. Elle n'a jamais ressenti le moindre trouble d'insuffisance ovarienne, ni bouffées de chaleur, ni palpitations, ni migraines, on note également l'absence de toute douleur abdomino-pelvienne. La malade a gardé son équilibre neuro-végétatif. Pas de modification du caractère. Conservation du sens génital. On n'observe pas davantage de trouble du métabolisme. L'examen somatique ne révèle pas d'augmentation du corps thyroïde. La tension artérielle est de 17 1/2 - 7 au Pachon. Au toucher vaginal on perçoit dans le cul de sac gauche l'ovaire respecté. Il est absolument indolore.

OBSERVATION N° 15.

Mme Bes..., 20 ans.

Intervention le 25 juillet 1932, par le Docteur Sénéchal.

Hystérectomie subtotale pour salpingite bi-latérale, évidemment du col, l'ovaire droit apparemment sain est conservé. Appendicectomie.

Nous la revoyons en Mai 1937, près de 5 ans après. Notons qu'un traitement opothérapique préventif a été institué immédiatement après l'opération, mais n'a été que fort peu prolongé. L'opérée qui n'a jamais présenté de douleurs abdominales nous dit aussi n'avoir jamais ressenti aucun trouble subjectif : migraine, bouffées de chaleur, palpitations, sont absentes; ni nervosité spéciale, ni modification de caractère, la sensualité même est, dit-elle, intacte.

L'examen somatique ne révèle pas d'obésité, pas d'augmentation du corps thyroïde. La tension artérielle prise au Vaquez est de 12 1/2 - 7. Au toucher vaginal les culs de sac et le Douglas sont parfaitement libres, souples et indolores. L'ovaire droit est perceptible au toucher bimanuel chez cette malade aux parois particulièrement souples et semble de volume normal. L'examen au spéculum montre un col net, une muqueuse absolument saine.

OBSERVATION N° 16

Mme Bru..., 40 ans.

Intervention le 5 avril 1933, par le Docteur Sénéchal.

Fibrome du corps utérin. Incision transversale sus-pubienne. Hystérectomie subtotale avec large évidement tronconique du col. Conservation in situ des deux ovaires.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes, mais le 10^e Jour se déclare une phlébite de la jambe gauche qui guérira sans complication. •

Nous revoyons la malade au début d'avril 1937 et nous constatons l'absence de tout trouble subjectif ou objectif de ménopause artificielle, ainsi d'ailleurs que l'absence de règles.

La malade est restée à son poids normal. Elle n'a jamais souffert de bouffées de chaleur, de palpitations, de migraines ou d'angoisse. Le plaisir et l'instinct sexuels sont conservés. L'examen général ne montre rien d'anormal. La tension est à 16-9. Le corps thyroïde n'est pas perceptible. L'examen gynécologique nous montre un col gros, bosselé, avec une ulcération métritique de la lèvre antérieure. La muqueuse vaginale est d'apparence saine.

Bref, chez cette femme opérée en pleine maturité sexuelle aucun trouble ne s'est manifesté après l'hystérectomie.

OBSERVATION N° 17

Mme Ca... Pauline, 35 ans.

Intervention le 30 mai 1934.

Hystérectomie subtotale pour fibrome. Conservation de l'ovaire droit.

Les suites opératoires furent excellentes et la malade quitta le service le 9 juin.

Nous la revoyons en décembre 1936. Très rapidement son poids augmenta de 5 kilos et elle doit consulter son médecin pour des bouffées de chaleur et des palpitations. Les troubles rétrocedent, dit-elle, rapidement, sous l'action d'un traitement opothérapique. Puis, chose curieuse, après cette période d'insuffisance, pendant plusieurs mois, elle ressent à date fixe des signes sympathiques

de molimen cataménial, gonflement des seins, sensation de tension abdominale à droite.

Par ailleurs l'appétit et le plaisir sexuels sont conservés et la malade ne souffre pas. L'examen somatique ne révèle pas d'obésité, pas d'augmentation du corps thyroïde et la tension artérielle est de 12-8 au Pachon. Au toucher, les culs de sac sont libres, souples et indolores. L'ovaire conservé n'est pas perceptible.

DE L'ANALYSE DE CES 17 OBSERVATIONS

1° Nous notons d'excellents résultats cliniques dans toutes les observations, sauf trois, numéros 2, 11 et 14.

Dans tous ces cas, les opérées n'ont ressenti aucun des troubles classiques de la castration chirurgicale.

2° Chez toutes les opérées sans exception on note également l'absence de phénomènes douloureux dans le domaine abdomino-pelvien, pouvant faire songer à une torsion de l'ovaire autour de son pédicule vasculo-nerveux.

3° D'autre part, l'examen gynécologique a permis également de constater dans tous les cas que les culs de sac latéraux et le Douglas étaient libres, souples et indolores.

L'absence de masse latérale ne permet jamais de suspecter une transformation kystique de l'ovaire laissé en place.

4° On doit noter cependant chez toutes ces malades ayant subi une hystérectomie subtotale l'absence absolue de ménorragies (sauf obs. n° 13), ménorragie qui suffiraient évidemment à prouver la vitalité de

l'ovaire et à affirmer la persistance de ses fonctions endocriniennes.

La raison en est, à notre avis, un détail de la technique opératoire observé de manière ponctuellement rigoureuse dans le service : l'évidement tronconique du col utérin destiné à prévenir les métrites cervicales et surtout les fréquentes dégénérescences post-opératoires du moignon cervical.

5° Parmi ces cas favorables nous voulons dégager et souligner les observations n° 3, n° 5, n° 10 et n° 12. Ces malades opérées, le n° 3 à l'âge de 42 ans, le n° 10 à l'âge de 40 ans, le n° 5 à l'âge de 34 ans et le n° 12 à l'âge de 38 ans, ont pu, très heureusement, être revues entre 45 et 50 ans.

Toutes quatre, après une longue période d'équilibre endocrinien post-opératoire ont vu apparaître la malade n° 3 à 49 ans, la malade n° 5 à 45 ans, la malade n° 10 à 47 ans, la malade n° 12 à 45 ans les symptômes d'insuffisance ovarienne propres à la ménopause. Celle-ci s'est donc effectuée à l'âge normal de la senescence ovarienne.

6° Parmi les résultats heureux de conservation ovarienne nous devons aussi, spécialement, noter l'observation n° 10. Peu de temps après l'intervention apparaissent des signes d'insuffisance ovarienne qui cèdent très rapidement à un traitement opothérapique par voie buccale. Puis, de façon paradoxale, cette opérée ressent ensuite, tous les mois, à date fixe, des phénomènes très précis de ce que l'on a appelé le « polimen

cataménial ». Nous croirions volontiers qu'il s'est agi, dans ce cas, d'un phénomène immédiat d'inhibition de l'ovaire d'ordre sympathique et dû au traumatisme opératoire, inhibition qui aurait cédé au traitement opothérapique.

7° Restent 3 cas où le résultat de la conservation ovarienne fut absolument ou relativement négatif.

Dans l'observation n° 2 l'on peut admettre que l'opérée, âgée de 47 ans, était à la veille de la ménopause normale qui n'a pu qu'être favorisée par le choc opératoire.

L'observation n° 11 ne peut, évidemment, pas se justifier d'une façon semblable. C'est pour nous l'exception qui confirme la règle.

L'observation n° 6 nous apporte un résultat très moyen; mais encore peut-on objecter que cette opérée avait subi, antérieurement, une césarienne, et que les traumatismes opératoires successifs ont facilité la dégénérescence ovarienne.

A ces 17 observations personnelles, nous joindrons des observations du docteur Roudouly sur trois de ses malades opérées par le docteur Marcel Sénéchal. Toutes trois l'ont été par fibrome quelques années seulement avant l'âge de la ménopause.

Mme A..., 47 ans. — Hystérectomie en 1922 pour fibrome, avec conservation des ovaires.

Traitée après l'intervention pendant 18 mois, opothérapie : endocrisine Fournier, formule polyglandulaire spéciale, 0 gr. 40 environ par jour d'extrait d'ovaire 12 jours par mois. Aucun trouble endocrinien.

Au bout de 18 mois nous la perdons de vue, nous la revoions qu'en 1928, elle ressentait alors des troubles de psychisme très marqués, une tendance nette à l'embonpoint. Bouffées de chaleur.

Mme C..., 44 ans. — Hystérectomie subtotale pour fibrome en 1924 avec conservation des deux ovaires.

Traitement opothérapique bien réglé, un peu intensif mais continué presque sans cesse depuis 12 ans.

Aucun trouble, d'aucune espèce, jusqu'en 1931. A cette époque, apparition de bouffées de chaleur, et d'une tendance à l'embonpoint, avec crise de dermatoglyphisme.

Mme B..., 46 ans. — Hystérectomie subtotale pour fibrome, en 1925, conservation d'un ovaire.

Pas de traitement opothérapique sérieusement suivi, malgré mes prescriptions.

Pendant deux ans, aucun trouble endocrinien. En 1927 apparaissent des bouffées de chaleur, des idées noires, une tendance marquée à l'obésité. Tous troubles survenus brusquement comme dans nombreuses ménopauses physiologiques.

Opothérapie suivie docilement pendant trois mois, les troubles diminuent, le traitement opothérapique n'a pas été continué malgré mes prescriptions. Je revois la malade de loin en loin : l'obésité augmente régulièrement, elle se plaint de bouffées de chaleur assez rares et a fait, il y a quelques mois, une crise de neurasthénie aiguë qui a cédé à une cure opothérapique (ovaire + hypophyse + thyroïde) de deux mois.

Ces trois observations correspondent au type précédemment étudié d'opérées qui n'ont ressenti qu'à l'âge normal les troubles de la ménopause physiologique.

CONCLUSION

Il ressort de ces quelques observations que nous n'avons pris comme tests d'insuffisance ovarienne, que des tests cliniques.

En effet, nous nous sommes heurtés à l'impossibilité matérielle de revoir longuement ou de faire revenir souvent des malades opérées dans notre service hospitalier et, par suite, de pratiquer des dosages répétés et systématiques de folliculine.

Nous avons donc pris comme tests principaux :

1° Les troubles vaso-moteurs cardinaux : bouffées de chaleur d'abord, palpitations et hypertension en second lieu.

2° Tests du métabolisme : l'obésité d'une part, l'hyperthyroïdie d'autre part.

Nous n'avons pas insisté sur l'absence de troubles psychiques de nature trop subjectifs, donc trop sujets à caution.

Nous concluons donc de la manière suivante :

A) Toutes les fois que l'ovaire a pu être conservé, entre 20 et 40 ans : absence absolue de troubles de ménopause anticipée.

B) Nous avons observé, chez des femmes opérées avant l'âge normal de la ménopause et que nous avons revues après, une phase de santé ou tout au moins d'équilibre endocrinien jusqu'à l'âge normal de la ménopause, époque où celle-ci s'est manifestée par ses symptômes classiques.

C) Par contre, nous croyons inutile la conservation des ovaires chez des femmes âgées de 45 ans ou plus, et là n'est plus justifié le risque même infime de réintervention. Mais, dans l'immense majorité des cas, nous considérons la conservation des ovaires — toutes les fois qu'elle est possible — comme la meilleure méthode de prophylaxie des troubles endocriniens.

D) L'étude anatomique de la vascularisation de l'ovaire justifie pleinement la technique opératoire suivie dans le service du docteur Sénéchal.

E) A l'inverse de nombreux auteurs, eux aussi conservateurs, nous croyons superflue la conservation des trompes pour le moins inutiles, l'étude anatomique montrant bien, en effet, que la vascularisation de l'ovaire et son innervation sont parfaitement respectées, même sans trompe.

Ceci permet de ne pas limiter la conservation d'ovaires au cas de fibrome et de conserver également l'ovaire dans les cas de salpingite bilatérale suffisamment refroidie pour que les adhérences tubo-ovariennes puissent être libérées.

F) Nous répéterons que pour nous la greffe ovarienne ne trouve sa justification qu'en cas de contre-indication majeure de conservation.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

C. JEANNENEY. — Traitement chirurgical des insuffisances ovariennes. 3^e congrès français de gynécologie. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mai 1934, p. 650 et 651.

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. Tome III, p. 598, 599, 600.

Léon DIEULAFÉ et Raymond DIEULAFÉ. — La vascularisation de l'appareil génital de la femme. 1^{er} *Rapport du 4^e Congrès français de Gynécologie*. Salies de Béarn. 6, 9, 10 juin 1935.

Marcel SÉNÉCHAL. — *Congrès de chirurgie*, 1936. Conservation des ovaires in situ.

Daniel FÉREY. — *Annales médico-chirurgicales*, mars 1937, p. 72 et 73.

Cette bibliographie succincte est celle de rapports précis et complets sur les différents éléments du problème.

